

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N^o 240

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 23 mars 1898, à 1 heure

Par HUGUET

Né à Lempdes (Puy-de-Dôme) le 9 avril 1871

Ancien Externe des Hopitaux

DE QUELQUES CAUSES D'ERREUR

DANS LE

DIAGNOSTIC DES ANÉVRYSMES
DE L'AORTE ASCENDANTE

Président : MM. LANDOUZY, professeur.

*Juges : MM. JOFFROY, professeur.
GILLES DE LA TOURETTE et WALTHER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, Rue Racine, 15

1898

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

— THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 23 mars 1898, à 1 heure

Par HUGUET

Né à Lempdis (Puy-de-Dôme) le 9 avril 1871

Ancien Externe des Hôpitaux

DE QUELQUES CAUSES D'ERREUR

DANS LE

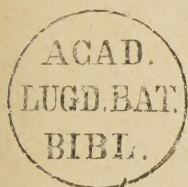
DIAGNOSTIC DES ANÉVRYSMES
DE L'AORTE ASCENDANTE

Juges : MM. LANDOUZY, professeur.

Juges : MM. JOFFROY, professeur.

GILLES DE LA TOURETTE et WALTHER, agrégés.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
l'enseignement médical.*



PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1898

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.		M. BROUARDEL
Professeurs		MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale	}	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale		DEBOVE.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE.
Histologie		CORNIL.
Opérations et appareils		MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie		TERRIER.
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		LANDOUZY
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée		LABOULBENE.
		CHANTEMESSE.
Clinique médicale	}	POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		GRANCHER.
Maladie des enfants		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux		TILLAUX.
Clinique chirurgicale	}	BERGER.
		DUPLAY.
		LE DENTU
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Clinique d'accouchements		N.
		PINARD.

Agréés en exercice.

MM.			
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MÉNÉTRIER	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	GLEY	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
CHARRIN	HEIM	ques.	WEISS
CHASSEVANT	LEJARS	RETTERER	WIDAL
DELBET	LETULLE	RICARD	WURTZ
	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

240

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Hommage respectueux.

A MES FRÈRES

A MES PARENTS ET AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR P. BOURCY

Médecin de l'hôpital Tenon.
(Externat 1895 et 1896).

Que je prie de vouloir bien accepter ce modeste travail, quel qu'indigne qu'il soit du maître qui l'a inspiré, en témoignage de ma profonde reconnaissance pour les preuves d'extrême bonté qu'il m'a données.

MONSIEUR LE DOCTEUR GUINARD

Chirurgien des hôpitaux.

MONSIEUR LE DOCTEUR POTHERAT

Chirurgien des hôpitaux.

MONSIEUR LE DOCTEUR BARTH

Médecin de l'hôpital Necker.

MONSIEUR LE DOCTEUR CÉTTINGER

Médecin de l'hôpital Broussais.

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIER

Chirurgien de l'hôpital Bichat.
(Externat 1897).

MONSIEUR LE DOCTEUR HARTMANN

Professeur agrégé, Chirurgien des hôpitaux.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LANDOUZY

Médecin de l'hôpital Laënnec.
Chevalier de la Légion d'honneur.

DE QUELQUES CAUSES D'ERREUR

DANS LE

DIAGNOSTIC DES ANÉVRYSMES

DE L'AORTE ASCENDANTE

INTRODUCTION

Chaque jour de nouvelles erreurs viennent montrer combien le diagnostic des anévrysmes de l'aorte ascendante est parfois difficile.

La difficulté de ce diagnostic est surtout grande lorsque l'anévrysme est entièrement contenu dans la cavité thoracique, et de nombreux exemples appuient cette opinion.

En est-il de même lorsque les anévrysmes font saillie au dehors ?

Le diagnostic en est en général facile.

Cependant, même lorsqu'on constate la plupart des signes physiques par lesquels se révèlent les anévrysmes volumineux, appréciables au dehors à la vue et au toucher, l'on ne saurait s'entourer de trop de précautions pour éviter l'erreur.

En effet, même en pareil cas, on est exposé à porter à tort le diagnostic d'anévrysme.

Nous envisagerons quelles peuvent être ces causes d'erreur ; peut-être sera-t-il de quelque intérêt d'attirer l'attention sur ce point puisque, dans de tels cas, le diagnostic d'anévrysme semble pour ainsi dire s'imposer à l'esprit.

Nous avons vu à l'hôpital Tenon, dans le service de M. le Dr Bourcy, une malade qui présentait une voussure située à la hauteur des deuxième et troisième espaces intercostaux : cette tumeur était pulsatile, mate et l'on percevait à son niveau un double bruit de souffle ; le diagnostic d'anévrysme de la portion ascendante de l'aorte fut porté ; l'autopsie révéla une adénopathie trachéo-bronchique.

Frappé de la similitude symptomatologique que cette lésion offrait avec un anévrysme, et n'ayant pas trouvé d'autre observation analogue dans les diverses publications périodiques, nous avons pensé qu'il serait intéressant de rapprocher cette cause d'erreur de celles

déjà signalées, qui peuvent faire porter à tort le diagnostic d'anévrysme de l'aorte.

I. — Nous déterminerons d'abord le diagnostic positif de l'anévrysme aortique.

II. — Le rapprochement de la symptomatologie de l'anévrysme de celle de certaines tumeurs montrera, dans quelques cas particuliers, la possibilité d'une confusion. Ces tumeurs sont celles du sternum, dont plusieurs observations ont été publiées; et certaines adénopathies trachéo-bronchiques, ainsi que le montre l'observation que nous relatons.

III. — Nous essayerons enfin de mettre en évidence les signes qui permettent de différencier ces lésions de l'anévrysme et, le plus ordinairement, d'éviter l'erreur.

L'anévrysme de la crosse aortique présente des formes cliniques très variables : parfois il passe inaperçu durant la vie et constitue une trouvaille d'autopsie ; tantôt profondément situé il ne révèle son existence que par des phénomènes de compression exercés sur les organes voisins ; tantôt enfin, surperficiel, il fait saillie au devant de la paroi thoracique.

Au début de la maladie, tant que l'anévrysme n'a pas acquis un certain volume, les symptômes sont ordinairement peu marqués.

A la période d'état, l'anévrysme se traduit par des symptômes fonctionnels et des signes physiques.

Les signes fonctionnels sont l'expression des compressions déterminées par la présence de la tumeur anévrysmale et s'expliquent par les rapports de contiguïté qu'elle affecte avec les organes voisins :

La compression porte-t-elle sur les veines ? On observe une dilatation des veines sous-cutanées indice du rétablissement de la circulation veineuse par voie collatérale.

La compression porte-t-elle sur la veine-cave et le tronc brachio-céphalique ? On observe l'œdème du membre supérieur et la cyanose de la face.

De phénomènes analogues résultent les bourdonnements d'oreille, les douleurs de tête et les vertiges.

Mais la compression peut porter sur les organes creux du voisinage ; d'où « s'il s'agit de la trachée ou des bronches, du souffle interscapulo-vertébral, du cor-nage, du tirage sus-sternal ; s'il s'agit de l'œsophage, de la dysphagie plus ou moins accentuée.

Les compressions nerveuses donnent lieu à des signes variés : porte-t-elle sur le phrénique ? Elle donne lieu aux névralgies cervico-brachiales et diaphragmatiques ; sur le pneumogastrique et le nerf récurrent ? A la douleur précordiale, au spasme laryngé, aux accès de toux et de dyspnée, aux troubles vocaux ; sur le sympathique ? à l'inégalité pupillaire.

Ce premier groupe de signes, quelle qu'en soit la valeur, est loin de nous donner des renseignements aussi exacts que ceux qui sont acquis par l'examen physique du malade.

L'inspection révèle une voussure anormale au niveau des premiers espaces intercostaux ou dans la région de la fourchette sternale (suivant le siège de la lésion

sur l'aorte ascendante ou la convexité de la crosse). La voussure peut provoquer, à une période plus avancée de la maladie, l'usure du cartilage des côtes et du sternum; la peau même peut être amincie et devenir rougeâtre, luisante.

D'autres fois l'anévrysme vient faire saillie au niveau de la poignée du sternum ou en dehors d'elle, ordinairement à droite, amenant alors une sub-luxation plus ou moins incomplète de la clavicule.

En examinant cette tumeur de plus près, on remarque qu'elle est animée de battements doubles. La main perçoit ces battements succédant presque immédiatement au choc de la pointe du cœur, quelquefois accompagnés de thrill, et constate qu'ils ne sont pas le résultat d'un simple soulèvement mais bien d'une véritable expansion de la tumeur : le battement anévrysmal, dit Stokes, donne l'idée d'un coup violent également fort dans toutes les directions. A une période avancée de la maladie, cette tumeur peut être réductible, rémittente et même donner une sensation de fluctuation. L'index glissé derrière la fourchette sternale constate en outre l'élévation de la crosse aortique.

A la percussion, on reconnaît que la tumeur est mate; la matité s'étend au niveau de la zone des pulsations.

L'auscultation fait percevoir des claquements également doubles d'ordinaire, semblables à ceux du cœur. Le premier est produit par le choc de l'ondée san-

guine sur les parois de la poche, le second est la propagation du bruit de fermeture des valvules sigmoïdes.

Souvent des souffles remplacent ces claquements ; il se peut, comme le pense M. le professeur Jaccoud, qu'ils ne soient pas les signes normaux de l'anévrysme et qu'ils dénotent des complications accidentelles (rugosités athéromateuses, insuffisance aortique) mais il semble qu'ils puissent être produits par les lésions de la paroi anévrysmale en dehors des altérations cardiaques

Le pouls radial offre des caractères particuliers suivant le siège des anévrysmes : Il n'est qu'affaibli, retardé dans les artères qui naissent en aval de l'anévrysme ; parfois présente les phénomènes du pouls paradoxal : la présence sur le trajet de l'aorte d'une poche extensible, augmentant le parcours de l'onde sanguine, explique ce retard, en même temps que la transformation du mouvement saccadé de la pulsation artérielle en un mouvement presque continu ; si la lésion siège en aval du tronc brachio-céphalique, le pouls ne présente pas de différence d'un côté à l'autre.

Si la lésion n'intéresse pas le tronc brachio-céphalique et siège au delà de sa naissance, elle détermine un retard du pouls radial gauche sur celui du côté opposé.

Enfin rappelons le signe que Mac-Donell dénomme signe trachéal : le malade étant debout, la bouche fer-

mée, le menton étendu, si l'on saisit entre le pouce et l'index le cartilage cricoïde et qu'on cherche à l'abaisser, on sent nettement avec la main le battement transmis par l'anévrysme à la trachée.

Ces nombreux symptômes ne se trouvent jamais réunis chez un même malade atteint d'anévrysme de la crosse aortique. C'est ainsi que les symptômes physiques sont très marqués lorsque la poche anévrysmale est située sur la paroi antérieure de l'aorte ascendante, tandis que les signes fonctionnels sont absents ou peu accentués et réduits à quelques troubles de compression veineuse.

L'inverse se produit, et les symptômes de compression sont tout d'abord prédominants, tandis que les signes physiques n'apparaissent que tardivement, quand la lésion occupe la convexité de la crosse.

De même la stridulation, l'œsophagisme, l'aphonie, les troubles de la trachée et de compression nerveuse en général, seront surtout des manifestations de l'anévrysme siégeant sur la concavité de la crosse, de l'anévrysme à « type récurrent » ainsi que le dénomme M. le professeur Dieulafoy.

Néanmoins si l'observation clinique révèle la prédominance de certains signes, variables avec le siège de la lésion, il n'en était pas moins nécessaire, bien que nous ayons seulement en vue dans ce travail le diagnostic de l'anévrysme de l'aorte ascendante, de retra-

cer en détail la symptomatologie des anévrysmes aortiques.

En effet, la variété que nous envisagerons particulièrement peut présenter parfois quelque signe plus spécialement propre aux anévrysmes d'une catégorie voisine, la compression des bronches, par exemple, etc.

Quant à la difficulté du diagnostic, elle varie avec le siège de l'anévrysme.

Il est difficile, lorsque la lésion profondément située, siège sur la concavité de la crosse de l'aorte et n'offre pas de signes physiques qui la différencient d'avec les tumeurs du médiastin (car dans les affections médiastines, comme en pathologie cérébrale, les troubles fonctionnels dépendent bien plus du siège de la lésion que de sa nature elle-même).

Par contre le diagnostic est ordinairement facile lorsque la lésion siège sur la paroi antérieure de la portion ascendante ou de la convexité de la crosse de l'aorte et qu'elle a acquis un certain volume.

Parfois cependant, même dans cette dernière variété d'anévrysmes, certaines causes peuvent induire en erreur le clinicien le plus autorisé.

Nous allons envisager ces cas particuliers ; ils méritent d'autant plus d'attirer l'attention qu'alors s'impose pour ainsi dire, à l'esprit, le diagnostic d'anévrysme aortique.

En présence d'une tumeur faisant saillie à la région supérieure du sternum, offrant des pulsations et des battements, comment ne pas songer, à première vue, qu'il s'agit d'un anévrysme ? Cependant même si la main perçoit que cette tumeur est animée de battements, si l'auscultation révèle des bruits de souffle à son niveau, alors que tout semble confirmer cette opinion, il peut se faire qu'on ne se trouve pas en face d'un anévrysme et l'on ne saurait être trop prudent avant d'être affirmatif.

En dehors de l'anévrysme, deux affections, à notre connaissance, peuvent en effet présenter ces caractères :

1° Ce sont d'abord les tumeurs naissant aux dépens du sternum.

Etant donnés les rapports de l'aorte avec le sternum, il est évident qu'un ostéo-sarcome développé à

la face postérieure de cet os (nous disons ostéo-sarcome parce que c'est la forme la plus fréquente de ces tumeurs sternales) peut déterminer des phénomènes de compression analogues à ceux que produirait un anévrysme siégeant sur la paroi antérieure de la crosse de l'aorte.

D'autre part, cette artère placée derrière la tumeur sarcomateuse lui transmettra ses battements qui la rendront pulsatile ; et si nous rappelons que souvent, le sarcome du sternum offre une configuration arrondie, une consistance molle, qu'il détruit le sternum ou les premières côtes et vient faire saillie sous la peau au niveau de cette région, à quel signe recourir pour le différencier d'un anévrysme, si l'auscultation vient en outre révéler des souffles dûs ou à une compression exercée par la tumeur ou à sa structure elle-même ?

J'ai trouvé dit Laënnec, à l'ouverture d'un sujet dont je n'avais pas suivi la maladie, une tumeur cérébriforme, allongée plus grosse qu'un œuf de cane, placée sous la partie supérieure du sternum dont elle avait détruit presque entièrement la première pièce.

Cette tumeur faisait une saillie très prononcée tant en ce point qu'à la partie inférieure du cou : la peau était violette et presque toute l'étendue de la tumeur, dans sa partie supérieure, était infiltrée de sang mêlé de caillots, par suite de l'espèce d'hémorrhagie que nous avons dit avoir lieu fréquemment dans les encéphaloïdes. Je ne sais si pendant la vie, cette tumeur

offrait des pulsations, mais il me paraît difficile que cela ne fut pas, car elle reposait par sa partie gauche sur la crosse de l'aorte ; si ce symptôme existait, il eût été certainement de toute impossibilité de distinguer, par l'application de la main, une semblable tumeur d'un anévrysme.

Il s'agissait sans doute d'un ostéo-sarcome et nous rapprochons ce cas d'un autre, publié dans les *Archives de physiologie* de 1869, qui paraît analogue :

A..., serrurier, âgé de 22 ans, entre au mois de novembre 1868 à la clinique de l'Hôtel-Dieu.

Il s'est toujours bien porté antérieurement.

Aucun antécédent héréditaire n'est à signaler.

Au commencement du mois, il éprouva une constriction de la poitrine et une perte de forces considérable.

A son entrée à l'hôpital ; teint pâle, figure anxieuse ; toux, dyspnée, fièvre.

Rien d'anormal à la percussion et à l'auscultation du poumon ; simplement, de temps à autre, un tintement métallique et une respiration bronchique au sommet. Peu de jours après survient un œdème de la face et de l'extrémité supérieure gauche.

Pouls irrégulier et accéléré : 130 à 140 pulsations à la minute.

Rien de particulier au cœur.

La digitale ne modifie pas le pouls ; mais la diurèse est activée et l'œdème disparaît.

Peu après, la bronchite gagne en intensité et l'œdème envahit le bras droit.

Le 16 novembre : à l'application de la main sur le sternum, au niveau de la deuxième côte, on perçoit des pulsations isochrones à celles du cœur ; en même temps, on constate une grande matité occupant le haut du sternum et la base du cou, se fondant en bas avec la matité précordiale ; à gauche, vers les deuxième et les troisième côtes, elle dépasse le bord sternal de deux travers de doigt ; à droite, elle se termine au bord sternal. L'auscultation du cœur révèle un léger souffle au premier temps.

L'œdème toujours localisé à la face et aux membres supérieurs est plus manifeste sur le bras gauche.

La céphalée est intense. Il n'y a pas d'albumine dans les urines.

Le 17. — La matité est la même au niveau du sternum ; mais vers la deuxième côte, à l'endroit où l'on sentait des pulsations, on constate une légère voussure ; les pulsations sont sensibles sur toute la surface du thorax et même sur les bras. La dyspnée force le malade à rester nuit et jour sur son séant.

Le 2 décembre. — Le pouls devient tumultueux, la dysphagie intense.

Le 13. — A la suite d'une application de sangsues à la gorge, une légère amélioration se produit ; mais la dyspnée reste la même, le pouls conserve ses caractères.

res et le malade meurt à la suite d'un érysipèle de la région sus-claviculaire.

A l'autopsie, le sternum est difficile à détacher : dans la moitié supérieure, il existe des adhérences pénétrant jusqu'au périoste et se prolongeant d'autre part jusqu'au péricarde. On trouve le péricarde distendu par un liquide séreux ; le cœur est fortement refoulé et occupe la partie supérieure de la cavité péricardique. Le tissu de néo-formation, intimement uni au péricarde et au cœur, englobe et comprime dans la partie supérieure du médiastin les nerfs et les vaisseaux dont les tissus sont d'ailleurs normaux.

Lorsque les pulsations perçues à leur niveau ne sont plus le simple résultat de leur soulèvement par l'aorte sub-jacente, lorsque, très vasculaires, elles sont animées de véritables battements expansifs dûs à leur structure même, les tumeurs sarcomateuses du sternum peuvent simuler bien plus encore les anévrysmes de la crosse de l'aorte ; et c'est en présence de tels cas que les erreurs de diagnostic seront surtout faciles à commettre.

Dans une circonstance semblable, le diagnostic d'« anévrysme de la crosse aortique et de l'aorte descendante avec usure du sternum et des vertèbres » fut porté à tort par Guttman (*Zur Symptomologie der aorten aneurysmen*, par Guttman. *Rev. sc. med.*).

Il s'agissait d'un homme de 71 ans.

Jusqu'en décembre 1874, il avait été bien portant.

A cette époque, à la suite d'une chute sur le dos, il éprouva de la faiblesse des jambes qui céda à des bains chauds pour reparaître 5 ans plus tard, en même temps que se développait une légère gibbosité dorsale.

Examen. — Etat cachectique ; rigidité extrême du système artériel.

Saillie d'un centimètre des sixième et septième apophyses épineuses dorsales, sans douleur à la pression.

Plus bas, la sensibilité est considérablement diminuée.

Parésie de la motilité des membres inférieurs dont l'excitabilité faradique est affaiblie tandis qu'il y a accroissement de l'excitabilité réflexe.

A 2 centimètres $1/2$, au-dessous de l'échancrure du manubrium, on constate une tumeur sternale, saillante de 1 centimètre $1/2$, longue de 4 et large de 5; elle descend en bas jusqu'à la deuxième côte. Cette tumeur est de consistance molle, presque fluctuante; elle est animée de battements isochrones à ceux du cœur; la peau qui la recouvre est intacte; à l'auscultation y perçoit un peu de souffle à la fois systolique et diastolique.

Le choc de la pointe du cœur a lieu sur la ligne mamelonnaire dans le sixième espace intercostal; aux deux temps du cœur, on entend un léger souffle qui est beaucoup plus net sur le bord droit du sternum dans le deuxième espace intercostal et sur la tumeur.

Pas de retard du pouls.

A l'autopsie, on ne trouve pas trace d'anévrysme. On note : insuffisance et rétrécissement aortique ; l'hyperthrophie du ventricule gauche ; sclérose des grosses artères ; sarcomes mous et très vasculaires du sternum, de la sixième vertèbre thoracique et de la capsule surrénale droite.

Le sarcome sternal avait une large base qui reposait directement sur la crosse de l'aorte et l'entourait en se moulant sur elle.

L'observation suivante publiée par M. Ollivier dans les comptes-rendus de 1868, de la Société de biologie, montre une fois de plus combien le diagnostic est difficile entre ces tumeurs et l'anévrysme de la crosse de l'aorte.

V... Flore, porteuse de pain, 53 ans, est admise le 15 novembre 1865 à l'Hôtel-Dieu dans le service du professeur Grisolles.

Toujours régulièrement menstruée jusqu'à 44 ans ; a eu 5 enfants qui se portent bien.

En 1845, elle tomba malade pour la première fois ; elle fut prise d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu qui envahit les poignets, les pieds, les genoux, et dura quatre semaines.

Sa santé depuis lors redevint excellente jusqu'en 1862.

A cette époque, elle ressentit, un jour qu'elle cherchait à soulever un lourd fardeau, un craquement d'a-

bord, puis une douleur vive au niveau de la fourchette du sternum. Ce fut seulement au bout de plusieurs mois que cette douleur céda tout à fait.

Au commencement de 1863, elle vit se développer à la partie supérieure du sternum une petite tumeur dont le volume s'accrut peu à peu.

A quelque temps de là elle eut une seconde attaque de rhumatisme, limitée cette fois aux deux poignets, et vers la fin de l'année elle s'aperçut qu'elle avait une nouvelle tumeur au sommet du crâne.

Il y a un mois et demi environ, ses membres inférieurs, spécialement le droit, devinrent plus faibles et furent envahis par des douleurs intenses reparaisant de temps en temps.

Son état alla toujours en s'aggravant et il lui fut bientôt impossible de se tenir debout.

Le père de la malade est mort à 67 ans, d'une affection chronique de l'estomac; la mère jouit d'une excellente santé.

Examen. — La malade est couchée dans le décubitus dorsal, très pâle, non amaigrie.

Ce qui attire d'abord l'attention, c'est une tumeur située à la partie supérieure du sternum : cette tumeur mesure 12 centimètres de large sur 7 de long : elle est arrondie, assez molle, comme fluctuante, largement pulsatile dans toute son étendue, mais non réductible. Les battements dont elle est le siège sont

parfaitement isochrones aux pulsations cardiaques. Il est impossible d'y percevoir la moindre trace de frémissement vibratoire.

A la percussion, elle donne un son mate, et fait entendre à l'auscultation un bruit de souffle rude qui correspond au premier bruit du cœur ; ce souffle se retrouve avec les mêmes caractères dans la carotide droite tandis qu'il est très faible dans la carotide gauche.

La tumeur n'est point douloureuse par elle-même ; elle ne le devient que lorsqu'on exerce sur elle un certain degré de pression. Cependant la malade ressent par moments des élancements dans la région sous-claviculaire droite et le membre supérieur du même côté ; il n'existe rien de semblable dans le membre supérieur gauche.

Ce ne sont point là les seuls phénomènes morbides que présente la malade : sur le crâne, au niveau des pariétaux, à peu de distance de leur articulation avec le frontal, se voit une autre tumeur placée en quelque sorte à cheval sur la ligne médiane, mais plus développée à droite où elle a 5 centimètres de large, qu'à gauche où elle n'a qu'un centimètre et demi. Cette tumeur n'est pas non plus douloureuse ; elle est le siège de battements perceptibles à la vue et au toucher mais qui disparaissent en grande partie quand on vient à comprimer les artères temporales. A l'auscultation, on n'entend aucun sursurrus.

L'examen du cœur fournit les résultats suivants : la pointe bat dans le cinquième espace intercostal à un centimètre en dehors du mamelon, les battements sont fréquents et énergiques. La matité semble augmentée et continue avec celle de sa tumeur ; à l'auscultation, on constate, à la base, l'existence d'un souffle systolique, de médiocre intensité qui devient de plus en plus fort à mesure qu'on approche de la tumeur.

Pas d'accès de dyspnée ; pouls radial d'égale force des deux côtés.

93 pulsations ; 28 respirations.

Le timbre de la voix est un peu altéré.

Le lobe droit du corps thyroïde offre un volume double de celui du lobe gauche ; mais cette espèce de goître unilatéral date déjà de quelques années.

L'appétit est bon ; mais la malade se plaint de constipations depuis trois ou quatre semaines : il lui est impossible en outre de retenir ses urines qui ne contiennent du reste ni sucre ni albumine.

Le foie, la rate, ne paraissent pas augmentés de volume.

Le toucher vaginal permet de constater que l'utérus est parfaitement mobile et que son col est intact.

Depuis une quinzaine de jours, les irradiations douloureuses du bras droit sont devenues tellement rapprochées qu'elles empêchent tout sommeil ; elles rendent également difficile l'exploration de la colonne vertébrale car le moindre mouvement les augmente encore.

Un rapide examen permet de constater qu'il n'existe aucune déformation apparente du rachis, mais que, lorsqu'on appuie sur les apophyses des premières dorsales, le malade accuse à ce niveau la sensation que donnerait une plaie vive. Il lui semble en outre qu'elle a le tronc serré comme par une courroie. Ce sentiment de constriction la gêne beaucoup et rend assez irréguliers les mouvements respiratoires.

Il n'y a point de troubles de la vue ; les papilles sont parfaitement contractiles et d'un égal diamètre ; bourdonnements d'oreille pour ainsi dire continus. Les deux membres inférieurs sont presque complètement paralysés ; c'est à peine si la malade peut leur imprimer quelques mouvements ; en même temps il existe un affaiblissement assez notable de la sensibilité au toucher, à la douleur et à la température. La moitié inférieure du tronc présente les mêmes altérations de sensibilité : le chatouillement de la plante des pieds n'est pas perçu.

Il importe de noter qu'en aucun point du corps, on ne constate d'engorgement ganglionnaire.

Le 21. — Les deux tumeurs offrent toujours les mêmes caractères ; on remarque un léger escharre au sacrum.

Le 25. — L'appétit continue à être bon ; mais la malade ne peut dormir, tant sont vives les douleurs en ceinture et les irradiations dans le membre supérieur droit.

Le 30. — Même état, insomnie persistante; amaigrissement notable; le matin, un léger frisson a duré sept ou huit minutes; l'escharre s'est beaucoup agrandie.

Le 2 septembre. — L'état cachectique est de plus en plus prononcé; un second frisson très violent cette fois, se produit.

Le 25. — Frissons répétés, mort dans la soirée.

A l'autopsie, le cuir chevelu s'enleva avec facilité; au dessous apparut une tumeur: elle présentait une coloration violet clair qui devint plus nette à mesure qu'on détacha la couche celluleuse environnante; convexe et lisse à sa face supérieure, elle était nettement limitée.

La paroi osseuse sur laquelle elle reposait, avait subi une notable augmentation de volume; sur la face concave, au point correspondant à la tumeur, le sinus longitudinal supérieur était soulevé d'avant en arrière dans une petite étendue.

Il fut aisé de voir qu'en certains points la plus grande partie de la paroi osseuse et en d'autres la totalité de cette même paroi avaient été détruites et que le tissu anormal qui s'y était développé communiquait largement avec le sinus. Ce tissu offrait une coloration grisâtre ou rougeâtre, était très vasculaire et si peu consistant qu'on pouvait y enfoncer un bistouri avec une grande facilité.

La partie inférieure du corps de la première vertèbre

servicale et le corps entier de la première vertèbre dorsale étaient dégénérés en un tissu analogue à celui que nous avons trouvé dans la tumeur crânienne.

La tumeur sternale occupait toute l'épaisseur de la partie supérieure du sternum qu'elle avait détruit presque entièrement.

Elle n'offrait aucune adhérence avec les organes voisins.

La saillie qu'elle faisait en arrière comprimait d'une manière notable la portion ascendante de la crosse.

Cette tumeur était en tout semblable aux tumeurs déjà décrites plus haut et présentait les caractères des sarcomes ou des carcinomes des os. Le péricarde ne contient pas de liquide.

Le cœur était hypertrophié, surtout le ventricule gauche ; le ventricule droit était un peu dilaté.

Les orifices artériels et auriculo-ventriculaires n'étaient nullement altérés.

L'aorte ne présentait pas traces d'athérome.

Les plèvres étaient saines ainsi que les poumons qui crépitaient parfaitement bien.

Il existait seulement un peu de congestion dans le lobe inférieur de chaque côté.

Le diagnostic porté par le professeur Grisolle et tous ses élèves fut « anévrysme de la crosse de l'aorte ayant perforé le sternum et faisant saillie à l'extérieur. »

Il n'y eut aucune discussion à cet égard, ajoute M. Olli-

vier, et tous les médecins qui plus tard examinèrent ce malade acceptèrent le diagnostic sans hésiter ; la situation de la tumeur, les battements d'expansion dont elle était le siège, le bruit de souffle qu'elle offrait à l'auscultation, la raucité de la voix, toutes ces données semblaient converger vers le même point.

Il est vrai qu'un symptôme signalé dans la plupart des cas d'anévrysme (inégalité entre les pulsations des deux radiales) faisait défaut, mais l'absence de ce symptôme s'explique facilement par le développement de la tumeur sur l'aorte ascendante avant la naissance du tronc brachio-céphalique.

D'autre part la tumeur était molle, semi-fluctuante, elle offrait grâce aux pulsations que lui communiquait le cœur des battements analogues à ceux des poches anévrysmales ; l'absence d'amaigrissement, d'adénopathie, de cachexie, la conservation de l'appétit ne rendaient-elles pas invraisemblables l'hypothèse d'une tumeur cancéreuse ?

L'existence d'un anévrysme aortique étant admise, il était permis de se demander s'il ne s'était pas formé chez le même sujet une tumeur du même genre sur un autre point du système artériel. Or, la tumeur crânienne était le siège de battements isochrones au pouls mais disparaissant en grande partie par la compression des temporales, et on parvenait par une pression méthodique à en réduire le volume, la tumeur

étant en communication, ainsi que le révéla l'autopsie, avec l'un des sinus.

Les opinions ne s'accordaient pas sur la nature de cette tumeur crânienne ; Nélaton, Gosselin en firent un ostéo-sarcome du diploé, Dolbeau un abcès sous-périostique mais tous furent unanimes sur l'existence d'un anévrysme de la crosse sur l'aorte.

Cette erreur de diagnostic n'eût pas été commise si la nature cancéreuse de la tumeur crânienne avait été admise sans conteste, car il eût été logique alors de grouper tous les symptômes autour d'une même donnée.

2° A côté des tumeurs du sternum qui peuvent simuler un anévrysme développé sur la partie antérieure de la crosse de l'aorte, prennent également place certaines affections des ganglions du médiastin.

Ces ganglions, surtout étudiés par Barety: forment quatre groupes principaux.

Les trois premiers sont situés dans les angles, deux supérieurs et un inférieur, que forment les deux bronches avec le conduit trachéal.

L'angle inférieur est occupé par un groupe de dix à douze ganglions (ganglions inter-trachéo-bronchiques), généralement plus développés et plus volumineux sur la bronche droite : ils sont recouverts en arrière par le réseau nerveux qui unit entre eux les deux plexus pulmonaires, épanouissements des deux pneumogastriques

qui convergent en ce point pour s'accoler aux parois de l'œsophage; derrière eux, se trouvent l'aorte descendante et l'œsophage.

Des deux groupes trachéo-bronchiques supérieurs, désignés sous le nom de prétrachéo-bronchiques, le plus important est celui qui est situé du côté droit : il occupe un espace limité en avant par la veine-cave supérieure et une partie de la crosse aortique ; à droite par le lobe supérieur du poumon droit ; à gauche par la crosse de l'aorte, le tronc brachio-céphalique et la trachée ; en bas par la branche droite de l'artère pulmonaire et la veine azygos ; en arrière par la face antérieure de la bronche droite, la partie voisine de la trachée et le tronc du pneumogastrique droit ; en haut par l'arc que forme l'artère sous-clavière, par le nerf récurrent et la chaîne ganglionnaire qui accompagne ce nerf.

Le groupe prétrachéo-bronchique gauche est formé par trois ou quatre ganglions situés entre la trachée et la partie supérieure de la bronche gauche, la crosse de l'aorte et l'origine de la carotide primitive gauche ; en bas et en dehors ils sont en rapport avec la branche gauche de l'artère pulmonaire et des ganglions qui passent sous l'aorte en suivant la face supérieure de la bronche gauche pour commencer la chaîne ganglionnaire sus-bronchique gauche.

Extérieurement, ils sont contigus au nerf récurrent ; en dehors ils répondent à l'origine de la bronche gau-

ceb, à la trachée et au bord gauche de l'œsophage.

Au point d'union des ganglions trachéo-bronchiques et de la chaîne qui accompagne les vaisseaux mammaires internes, existe de chaque côté, une agglomération ganglionnaire qui se trouve en arrière et un peu au-dessous de l'articulation sterno-claviculaire.

Le quatrième groupe, groupe péri-bronchique, est formé par les ganglions qui entourent les bronches et leurs ramifications jusqu'à la 4^e division et sont placés au niveau du hile et dans l'intérieur du poumon.

Que ces ganglions, sous une influence pathologique, viennent à augmenter de volume, qu'ils en arrivent devenant adhérents les uns aux autres, à former une masse plus ou moins volumineuse, ils engendreront d'abord diverses sortes d'accidents dûs à la compression des organes auxquels ils sont contigus.

La veine-cave supérieure, le tronc veineux brachio-céphalique, et les veines pulmonaires sont-ils comprimés? Il en résultera la formation d'une circulation collatérale à la surface du thorax, l'œdème de la tête et du membre supérieur, des vertiges, des épistaxis, la congestion passive du poumon.

Un bruit de souffle systolique, au niveau du deuxième espace intercostal gauche, s'observera s'il y a compression de l'artère pulmonaire.

La crosse de l'aorte pourra être soulevée et sentie, avec le doigt, derrière le sternum si une compression s'exerce sur cette artère ; et si elle s'exerce sur le

tronc brachio-céphalique ou l'artère sous-clavière, on constatera la diminution d'amplitude et l'inégalité du pouls radial, quelquefois même les phénomènes du pouls paradoxal.

De la compression de la trachée et des bronches résulteront une dyspnée continue, un rhoncus bronchique, une diminution du murmure vésiculaire dans une étendue variable, le bruit de cornage et le tirage sus-sternal.

Enfin la compression des nerfs pneumogastrique, récurrent, phrénique et sympathique produirait des accès de toux, la tachicardie, les altérations de la voix, les accès de dyspnée, les névralgies diaphragmatiques, les phénomènes douloureux de l'angine de poitrine et les troubles oculaires.

Si nous comparons ces symptômes de l'adénopathie trachéo-bronchique avec les signes par lesquels se traduit l'anévrisme de la convexité de la crosse aortique, nous voyons déjà combien d'entre eux sont communs à ces deux affections ; et nous concevons qu'une masse ganglionnaire, située au devant de la convexité de l'aorte (par suite pulsatile) et suffisamment volumineuse pour produire une voussure dans cette région, rendrait le diagnostic des plus difficiles non plus seulement entre une adénopathie et un anévrisme peu développé, encore contenu dans la cavité thoracique, mais de plus, entre cette affection et un anévrisme volumineux formant une tumeur appréciable au dehors.

En général l'adénopathie trachéo-bronchique ne donne pas lieu à ces phénomènes.

En effet, étant donnée la situation des groupes ganglionnaires, lorsqu'on observe une déformation, elle siège au niveau de la première pièce du sternum et de l'extrémité interne de la clavicule ; c'est dans cette région que la pression est douloureuse ; c'est au niveau des deux premières articulations chondro-sternales, des articulations sterno-claviculaires et de la partie interne des deux premiers espaces intercostaux que l'on constate une zone de matité.

Néanmoins dans quelques cas, très rares il est vrai, les groupes ganglionnaires bronchiques et les chaînes qui les unissent subissent une telle tuméfaction que la masse ganglionnaire peut venir se placer au devant de l'aorte, entre elle et le sternum. Nous lisons dans les cliniques de Gueneau de Mussy, au sujet d'un malade qu'on avait cru atteint d'un rétrécissement aortique, peut-être aussi de lésions multiples d'origine : « L'autopsie montra que... tous les ganglions bronchiques et médiastinaux en général étaient énormément tuméfiés. En avant de la crosse de l'aorte l'un d'eux avait le volume d'un gros œuf et, transformé en un sac clos, plein de pus, aplattissait le vaisseau contre le hile du poumon ».

Une adénopathie trachéo-bronchique qui occuperait ce siège pourrait, dans certaines conditions, simuler

un anévrysme de l'aorte ascendante et donner lieu à une confusion avec ce dernier.

La possibilité d'une confusion analogue s'est présentée d'une façon très nette dans un cas observé dans le service de M. le Docteur Bourcy, à l'hôpital Tenon, observation que nous relatons en détail.

La nommée M... B... fleuriste, âgée de 36 ans, entre le 4 février 1897 à l'hôpital Tenon, salle Bouillaud, lit n° 15.

Antécédents. — Chorée à l'âge de 5 ans.

Fièvre typhoïde à l'âge de 10 ans.

A 9 ans, première attaque de rhumatisme articulaire aigu, d'une durée de 18 mois ; depuis cette époque nombreuses attaques de rhumatisme (presque chaque année).

Dès la première attaque : palpitations, sensation d'étouffement, dyspnée d'effort : il est donc vraisemblable que lors de cette première attaque le cœur a été touché. A plusieurs reprises les jambes furent œdématisées.

A 29 ans, coliques de plomb.

Pas de syphilis.

Réglée à 17 ans ; menstruation irrégulière, suspendue depuis 3 mois. Jamais de grossesse.

Etat actuel. — La malade entre à l'hôpital pour une dyspnée intense, survenant par paroxysmes ; elle

éprouve une sensation d'angoisse précordiale, une vive douleur rétro-sternale avec maximum à droite : le début de ces accidents ne peut être déterminé avec précision, mais ils ont considérablement augmenté depuis une dizaine de jours.

Le 4 février, la malade, très dyspnéïque est assise sur son lit.

A l'examen, on note :

1° A l'inspection le thorax n'est pas symétrique et présente une voussure, en calotte sphérique, de 6 à 7 centimètres de diamètre, d'une saillie maxima d'un centimètre et demi environ, située dans l'angle formé par la clavicule droite et le bord droit du sternum. La clavicule est légèrement soulevée.

Cette voussure est animée de battements rythmiques, synchrones à la systole cardiaque. Ces battements amplifiés par un index de papier sont ainsi rendus visibles du pied du lit.

A la palpation, les battements sont nettement perçus surtout au niveau des espaces intercostaux. Il n'existe pas de frémissement. On perçoit des mouvements obscurs d'expansion. La pointe du cœur est notablement abaissée.

A la percussion : matité complète dans toute l'étendue de la voussure.

Augmentation notable de l'étendue de la matité cardiaque ; hypertrophie cardiaque considérable.

A l'auscultation, on perçoit un double souffle rude, prolongé avec maximum au niveau du foyer aortique.

Ce double souffle s'entend très nettement dans toute l'étendue de la voussure thoracique. Il s'entend également dans le dos.

A l'auscultation du poumon, le murmure vésiculaire est obscurément perçu et est couvert par un bruit de cornage indiquant une compression de la trachée ou des grosses bronches.

Pas de dysphagie, de dysphonie, de troubles oculo-pupillaires.

Le pouls est régulier, ample, sans inégalités : Les deux pouls radiaux sont rigoureusement synchrones et présentent au tracé sphygmographique une similitude complète.

Tous les autres organes sont sains.

Le diagnostic porté fut : anévrysme de la portion ascendante de la crosse de l'aorte. Le siège de la tumeur semblait possible à préciser en raison des signes physiques relevés plus haut ; la similitude des deux pouls indiquait, en outre, que la dilatation devait siéger en amont de l'origine du tronc brachio-céphalique.

Le 16 février, la malade accusa une violente douleur le long du bras gauche, qui lui parut presque inerte ; on crut à un accès d'angine de poitrine.

A partir de cette date se produisirent de véritables accès d'orthopnée survenant surtout la nuit ; c'est dans un de ces accès que la malade mourut, dans la nuit du 23 au 24 février.

L'autopsie fut faite le 25 février :

Le diagnostic porté pendant la vie fut infirmé par les constatations cadavériques ; on trouva une hypertrophie cardiaque considérable, une double lésion de l'orifice aortique, quelques plaques calcaires dans l'aorte, mais aucune dilatation anévrysmale.

La voussure thoracique, les signes de tumeur perçus dans l'angle sterno-claviculaire étaient dûs à une masse ganglionnaire de la forme d'un ovoïde aplati de six centimètres environ de longueur sur quatre de largeur et trois d'épaisseur.

Cette masse était constituée par de nombreux ganglions du volume d'une noisette ou d'une amande, réunis par une gangue fibreuse dans laquelle il était difficile de les isoler.

Ces ganglions étaient infiltrés, gris ou jaunâtres à la coupe, quelques-uns d'aspect caséeux. Ils semblaient se rattacher au groupe ganglionnaire du hile du poumon.

Dans cette observation nous relevons un grand nombre de signes physiques et fonctionnels se rattachant à l'anévrysme de l'aorte. Cependant il n'y avait pas là d'anévrysme.

Que s'était-il donc produit ?

Située au niveau des deuxième et troisième espaces intercostaux, interposée entre le sternum et la crosse aortique, cette masse ganglionnaire offrait grâce aux pulsations que lui communiquaient l'aorte, des batte-

ments analogues à ceux d'une poche anévrysmale.

La matité de la voussure, la douleur rétro-sternale étaient encore des signes de l'anévrysme de l'aorte.

Quand au double souffle perçu à l'auscultation, c'était un phénomène de propagation : mais ne devait-il pas achever d'induire en erreur ? La diminution du murmure vésiculaire, le bruit de cornage, s'observent plus rarement, il est vrai, quand il existe un anévrysme de l'aorte ascendante ; mais le fait se produirait si l'anévrysme était assez développé pour comprimer la bronche droite et l'on pouvait croire à l'existence d'un tel anévrysme, très volumineux.

Il était donc impossible d'éviter l'erreur.

Un moyen eût peut-être conduit à la vérité, c'eût été l'examen par les rayons Röntgen ; peut-être aurait-on vu que la tumeur était indépendante de l'aorte ; et encore, si l'on suppose le cas d'une poche anévrysmale remplie de caillots et privée de mouvements d'expansion, le doute n'eût-il pas été levé.

III

Quelles déductions tirer maintenant des observations que nous avons relatées? Existe-t-il des signes différentiels entre l'anévrysme de la crosse aortique et les tumeurs dont nous avons parlé? Le diagnostic est-il possible?

Ordinairement ces affections peuvent être différenciées d'un anévrysme :

Les pulsations anévrysmales se distinguent en ce que le soulèvement se fait dans toutes les directions du sac (pulsations transversales de Bamberger)

Les battements que l'on constate au niveau d'un anévrysme sont en général plus nets que ceux qui sont perçus au niveau d'une tumeur qui n'est animée que de battements transmis.

Quand il s'agit d'une tumeur anévrysmale, on perçoit des pulsations dans tous les points correspondant à la matité; ces symptômes ne se trouvent pas dans

un rapport aussi parfait quand il s'agit d'une tumeur du médiastin soulevée par une artère sub-jacente : les régions les plus directement en rapport avec les vaisseaux présentent surtout des pulsations.

Le retard du pouls ne s'observe que s'il existe un anévrysme.

Pendant les progrès d'un anévrysme on peut observer des variations multiples dans les phénomènes de compression ; c'est ainsi que certains accidents (la striulation inférieure par exemple) peuvent apparaître et disparaître tour à tour ; il n'en est pas de même des tumeurs cancéreuses dont la marche est progressive.

On a attribué une certaine valeur différentielle à la fréquence du développement variqueux des veines dans le cancer et à la rareté relative de cette affection dans l'anévrysme.

Enfin, pour Stokes, la diminution du murmure vésiculaire à gauche est un signe en faveur de l'anévrysme de la crosse de l'aorte, et l'existence d'un souffle doux, simple et lié à la systole, doit faire croire plutôt à l'existence d'un carcinome. D'après le même auteur, presque jamais les tumeurs du médiastin, à l'inverse de l'anévrysme, n'auraient de tendance à faire saillie au dehors.

Mais quelque utiles que puissent être ces signes différentiels, on ne doit pas leur accorder une valeur absolue :

Des tumeurs anévrysmales peuvent être animées de

pulsations qu'on ne saurait différencier de celles d'un anévrysme.

De même si les battements dépendent de la structure de la tumeur, s'ils sont le fait d'une vascularité extrêmement développée, ils seront en tout absolument semblables à ceux d'un anévrysme et présenteront même retard, même ampleur, même expansion. D'autre part, les anévrysmes peuvent être privés de battements : l'extensibilité des parois possède une influence considérable sur la netteté des battements et sur leur caractère expansif ; or la présence de caillots fibrineux déposés en couches épaisses et concentriques sur les parois du sac anévrysmal amène la perte de cette extensibilité.

En outre, les tumeurs solides transmettant les bruits du cœur, l'oreille peut percevoir des bruits, des claquements au niveau d'une tumeur intra-thoracique de nature non anévrysmale. Le rapport chronologique du premier claquement avec le début de la systole ventriculaire peut bien permettre d'affirmer qu'il s'agit d'un bruit anévrysmal s'il y a un léger retard (car le premier claquement est un bruit de pulsation propre à l'anévrysme) ou d'un bruit de transmission s'il y a synchronisme parfait entre le bruit du cœur et le bruit de la tumeur, mais si ce symptôme peut être utile lorsque l'anévrysme est éloigné du cœur, il est évident qu'il possède plutôt une valeur théorique que pratique, lorsqu'il s'agit des anévrysmes de la crosse de l'aorte.

De plus, l'inégalité entre les pulsations des deux radiales peut faire défaut même quand il existe un anévrysme si la tumeur s'est développée sur l'aorte ascendante avant la naissance du tronc brachio-céphalique.

Enfin le développement variqueux des veines superficielles, bien qu'il soit peu fréquent dans l'anévrysme, s'observe parfois dans cette affection et Auquier rapporte dans sa thèse une observation d'un cas d'anévrysme de la crosse de l'aorte dans lequel « les veines sous-cutanées, fortement dilatées, formaient un lacis très considérable, remontant sur les côtés du cou, se dirigeant vers les deux aisselles et se prolongeant le long du bras et l'avant-bras.

L'ensemble de ces symptômes aurait évidemment une grande valeur au point de vue du diagnostic; mais si nous ne les trouvons pas tous réunis, nous devons pousser plus loin nos investigations, ne négligeant aucune circonstance capable d'éclairer dans la recherche de la vérité. On tiendra grand compte de l'état constitutionnel du sujet, de son âge, de ses antécédents pathologiques, du mode de début de la maladie.

Observe-t-on une manifestation néoplasique sur un autre organe, l'affection conduit-elle à une cachexie rapide, il sera plus naturel de penser à une affection cancéreuse.

Si le malade présente des signes de tuberculose pulmonaire, s'il existe des engorgements ganglionnaires

multiples, extérieurs ou accessibles à la palpation, on admettra plus volontiers qu'il s'agit d'une adénopathie bacillaire.

De même l'impaludisme ou la syphilis dans les antécédents du malade pourraient, à défaut de manifestations cancéreuses ou tuberculeuses, nous faire pencher en faveur d'un anévrysme.

Mais si l'état général ne nous fournit aucune indication, le diagnostic offrira les plus grandes difficultés, exigera toute la perspicacité du médecin et parfois même l'erreur sera inévitable si nous nous bornons aux renseignements fournis par nos seuls moyens habituels d'investigation.

Peut-être la radioscopie et la radiographie permettront-elles désormais d'éviter ces erreurs, puisqu'on a déjà diagnostiqué par cette méthode d'exploration, des adénopathies trachéo-bronchiques, des dilatations et des anévrysmes de l'aorte, et qu'on a vu battre et pu délimiter des anévrysmes, alors même que le doigt et l'oreille ne donnaient aucun signe de leur existence.

EN RÉSUMÉ

Les symptômes fonctionnels et physiques les plus caractéristiques de l'anévrysme de l'aorte ascendante (douleur rétro-sternale, compression des organes du médiastin, voussure thoracique, tumeur animée de battements et même souffles perçus au niveau de l'orifice aortique), peuvent coexister chez le même sujet en l'absence de toute dilatation anévrysmale.

1° Les tumeurs du sternum,

2° Les masses ganglionnaires volumineuses (tuberculeuses ou cancéreuses),

Siégeant au devant de la crosse de l'aorte, peuvent provoquer des erreurs, parfois même à peu près inevitables.

Vu par le Président de la thèse.

LANDOUZY

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris.
GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- SIEBERT. — Tumeurs du médiastin. Th. Paris, 1872.
- RENDU. — Tumeurs malignes du médiastin. Arch. Méd. 1875,
p. 455.
- DIEULAFOY. — Article médiastin du Diction. Méd. et chirurg.
- LETULLE. — Tumeurs du médiastin. Arch. Gén. de Méd.
1890, t. II, p. 641.
- LANCET-LONDON. — Diagnosis aneurysm aorta, 1889, II,
1228.
- WILLIAMSON. — Case of mediastinal tumour. Lancet Lond.,
1890, I, 236.
- LAENNEC. — Tome 3, page 325. Traité de l'auscultation.
- B. GUIGNON. — Anévrysmes de la crosse de l'aorte. Th.
Paris, 1892.
- AUQUIER. — Diagnostic des anévrysmes de la crosse de l'aorte.
T. Paris, 1882.
- LANCET-LONDON. — Difficulty of diagnosis aneurysm aorta,
1880, II, p. 685.

St-BARTHEL-HOSP. REP. LONDON. — 1880, XVI, p. 119.

Mimic or phantoms aneurysm.

SOURRIS. — Etudes des anévrysmes de la crosse de l'aorte.

Arch. méd. et pharm. m. Par., 1893, XXII,

p. 399.

ROSENSTEIN. — Diagnose der aorten aneurysma. Berl. Klin.

Wochenschr. 1890, XXVII, p. 705-707.

BERMONT. — Th. Paris 1885.

OLLIER. — Tumeur du sternum simulant un anévrysme de la

crosse de l'aorte. Compt Rend. Soc. Biol. Par., 1869.

4 s. T. II p. 221.

ARCHIVES DE PHYSIOLOGIE 1869 p. 19. — Tumeur du ster-

num simulant un anévrysme de la crosse de l'aorte.

GUTTMANN. — Zur symptomalogie der aorten aneurysmen.

Hayem revue des sc. Méd. T. XXIII p. 525.

GUENEAU DE MUSSY. — Cliniques Médicales.

BARETY. — De l'adénopathie trachéo-bronchiques Th. Par.,

1874.

DIEULAFOY. — Soc. cliniq. de Paris 1879.

ARNOUX — De l'adénopathie trachéo-bronchique. Th. de Pa-

ris 94-95.

MARCHAL. — Tuberculose ganglio-bronchique. Recueil des

Mém. de méd. M^{re} 2^e s. T. V.

BARTHET ROGER. — Traité d'auscultation.

DELTHIL. — De l'adénopathie trachéo-bronchique. Th. de

Paris, 96-97.

LE REBOULLET. — Recherches cliniques sur l'adénopathie tra-

chéo-bronchique.

Huguet

LAURENT. — De la Radiographie en médecine et en chirurgie.

Th. de Paris, 96-97.

L. ROBERT. — Les rayons X en médecine et en chirurgie,

Th. Paris, 96-97.

